FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 114.

THÈSE

POUR

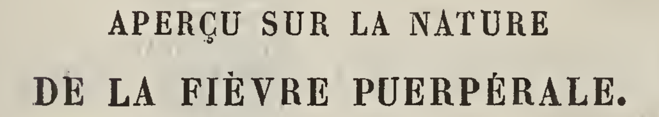
LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 9 juillet 1860,

Par Louis-Auguste MÉTIVIER,

né à Henrichemont (Cher),

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux civils de Paris.



APERÇU SUR LA NATURE
DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1860

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.

	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET, Président
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE, Examinateur.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN, Examinateur.
AXENFELD.
BAILLON.
BARTH.
BLOT.
BOUCHUT.
BROCA.
CHAUFFARD.
DELPECH.
DUCHAUSSOY, Examinateur.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN.

MM. FOUCHER.
GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE.
PAJOT.
REVEIL.
RICHARD.
ROUGET.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

A LA MÉMOIRE

DE MON GRAND-PÈRE

ET

DE MA GRAND'MÈRE

maternels.

A LA MÉMOIRE

DE MON CHER ERNEST.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MON ONCLE MATERNEL

AUG. TRIBOUDET.

Gage de ma profonde estime et de mon affection filiale.

A MA SOEUR ET A MES FRÈRES.

A MA FAMILLE.

A M. PEGOURIÉ,
Inspecteur des Écoles primaires de Lyon.

Témoignage de reconnaissance.

A M. LE DR DUPLAY,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

A MES AMIS.

A MES MAITRES PENDANT MON INTERNAT :

M. LE DR R. MARJOLIN,

Chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie.

(1856.)

M. LE DR HILLAIRET,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(1857.)

M. LE DR G. BERNUTZ,

Médecin de la Pitié.

(1858.)

M. LE DR HARDY,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(1859.)

Je prie mes autres maîres dans les hôpitaux, MM. DESPRÉS, BAZIN, JOBERT DE LAMBALLE, FOLLIN, et CHARCOT, de recevoir l'expression de mes sentiments de gratitude pour leurs bonnes leçons et leur bienveillant accueil.

APERÇU

SUR LA NATURE

DE LA

FIÈVRE PUERPÉRALE.

La fièvre puerpérale est-elle une maladie générale, ou bien appelle-t-on à tort fièvre puerpérale un ensemble d'affections dont chacune peut constituer à elle seule une unité pathologique distincte?

Posée en ces termes, la question pour moi n'est pas douteuse, et la première alternative me semble devoir être admise sans hésitation et proclamée sans ambages.

Non pas que je veuille faire de la fièvre puerpérale un être de raison, une entité morbide dans le sens étymologique du mot. A mon sens, il ne saurait y avoir de maladie *sine materia*, de ces êtres mystérieux, bons ou mauvais génies, qui tiennent l'organisme sous leur dépendance, maintiennent ou troublent l'harmonie des fonctions en vertu de leur essence ou de leurs altérations propres. Ce serait admettre la section de choses insécables, l'altération d'un principe de soi inaltérable. La maladie n'est pas, n'existe pas en dehors de l'organisation.

Au point de vue de la fièvre puerpérale en particulier, on ne saurait se faire une idée nette de la maladie, que si l'on tient un

compte suffisant de l'état physiologique qui la précède. C'est pour avoir négligé ces éléments importants du problème, c'est pour n'avoir vu dans la femme qu'un blessé, dans l'accouchement qu'un traumatisme sans lien avec l'état antécédent de l'accouchée, que certains observateurs en sont arrivés à confondre la pathologie de la femme en couches avec la pathologie chirurgicale proprement dite.

Pour mon compte, il m'a toujours répugné d'admettre je ne dirai pas l'identité, mais même la ressemblance de deux états aussi dissemblables. Cette confusion sert pourtant de point de départ à toute une école, à ce point que, si le traumatisme venait à lui manquer, son argumentation serait détruite dès les prémisses. Ce n'est pas là un fantôme que je crée pour me donner le plaisir de le dissiper.

« Si les femmes en couches meurent en si grand nombre, c'est qu'elles portent en elles-mêmes, par le fait même de la parturition, une cause de mort. Elles peuvent mourir par des mécanismes différents; mais le fait sur lequel nous prétendons nous appuyer, c'est qu'elles meurent, par cela même qu'il y a eu entre la mère et son enfant une dissociation opérée avec effort; par cela même que par cet acte il y a eu dénudation opérée à la surface de l'utérus, des violences sur le col, des déchirures multiples des parois du vagin, de la vulve, et qu'en un mot, par le fait de l'accouchement, la femme est littéralement frappée de traumatisme. Elle est dès lors dans de nouvelles conditions qui permettent chez elle le développement d'accidents utérins consécutifs comme chez les amputés, mais qui n'ont rien de spécial, rien de spécifique, jusqu'à ce jour du moins, de démontré. » (Luys, thèse de concours, 1860, p. 5).

Ainsi tous les phénomènes morbides sont subordonnés à l'accouchement et en rapport d'intensité avec sa gravité. Plaie placentaire, déchirures du col, du vagin, de la vulve, tout est là. Et si le col, le vagin, la vulve, restent intacts? si la plaie placentaire, comme le croient d'éminents esprits, n'est qu'un mythe? la femme, dans ces conditions qui excluent l'idée de traumatisme pour ne plus faire

de l'accouchement qu'un résultat du phénomène physiologique effort, sera-t-elle à l'abri de tout danger?

En vérité, il est impossible de séparer plus violemment des choses qui se tiennent d'une façon intime, le mal du malade, la maladie de l'état de prédisposition.

C'est une tendance de l'esprit assurément très-louable, celle qui veut donner la première place aux faits visibles et constatables, et qui ne veut rien édifier que sur cette base solide; mais ne court-on pas risque de s'immobiliser, d'immobiliser la science en s'en tenant uniquement à cette constatation, sans vouloir, par dédain des théories, étendre la vue au delà; sans vouloir surtout revenir en deçà? Combien n'est pas atténuée l'autorité d'un fait, s'il n'est pas fécondé par la notion de sa cause et par lés rapports qu'il peut avoir avec les circonstances qui l'ont précédé et celles au milieu desquelles il s'est produit. C'est pourtant ainsi que procèdent les partisans de l'accouchement traumatisme. Pour eux, cette période longue de neuf mois, qui s'étend du jour de la conception jusqu'à celui de la parturition, est comme lettre morte. La femme est un blessé ni plus ni moins que l'individu pris dans un engrenage, ni plus ni moins que le couvreur qui tombe du haut d'un toit. Chez ces derniers cependant, on tient compte de l'état de prédisposition ou plutôt on cherche à prévoir les complications possibles, en se basant sur leur état de santé habituel, sur leur régime, sur leurs antécédents pathologiques. Si, à propos des affections purement chirurgicales et vraiment traumatiques, l'esprit est dominé par les considérations précédentes, que devra-ce être à propos de la femme accouchée? La femme gravide ne saurait être assimilée à la femme libre de tout produit de conception. Que de modifications se sont opérées en effet, pendant la grossesse, dans l'organisation tout entière de la mère! Les recherches modernes d'hématologie, celles qui ont jeté sur la composition des urines pendant cette période une si vive lumière, ont-elles dit leur dernier mot? qui le sait? Au contraire, ne pressent-on pas *a priori* que la solution définitive du problème n'a pas été donnée?

En organogénésie, toute modification organique suit toute modification fonctionnelle. Lorsque la sécrétion du mucus est devenue inutile, les follicules s'atrophient, l'épithélium se fait épiderme, la muqueuse devient peau. La peau au contraire se transforme en muqueuse dans les conditions opposées.

Appliquée à la physiologie de la femme enceinte, cette loi fait prévoir, en dehors de toute démonstration, combien profonds doivent être les changements qui s'opèrent chez elle, alors qu'elle doit tirer de sa propre substance tous les matériaux d'une organisation nouvelle. Pendant neuf mois, elle est toute utérus, toutes ses fonctions convergent vers ce centre d'activité nouvelle. Tout chez elle tend à un but unique, la nutrition du fœtus; la puerpéralité est partout dans les solides comme dans les liquides. La femme, pour employer l'énergique expression de M. Pidoux, est imprégnée de puerpéralité. Dans cette fonction adventice, n'y a-t-il donc rien de spécial, et ne peut-on concevoir qu'une modification aussi considérable domine toute la pathologie et lui imprime un cachet de spécificité?

Les phénomènes de la grossesse se développent peu à peu, sans secousses, et au fur et à mesure de l'accroissement du fœtus. Malgré ce cours régulier, et pour ainsi dire normal, des choses, on voit, grâce aux modifications fonctionnelles que nous avons signalées, se montrer des accidents particuliers, et qui, s'ils se rencontrent dans d'autres états de l'économie, ont ici une physionomie spéciale. Parmi ces accidents et à leur tête se placent les vomissements incoercibles, l'anasarque, l'albuminurie, l'éclampsie. Personne ne conteste l'essentialité de ces états morbides, et ils sont bien engendrés par la fonction nouvelle, qui fait de la femme enceinte un être à part; ils surviennent du reste à titre exceptionnel. Mais la grossesse touche à sa fin, le fœtus a tiré de la mère tous les matériaux de son organisation, il a besoin d'éléments nouveaux qu'il ne trouvera qu'au dehors; la femme accouche, et tout à coup, subitement, sans transition, tout rapport se trouve rompu entre elle et l'être qui vivait greffé sur elle.

Il y a une détente générale après laquelle l'organisme hésite, oscille; puis les matériaux de la nutrition du fœtus éprouvent un changement dans leur composition moléculaire; un mouvement de réaction se produit; la fièvre de lait, véritable pyrexie fonctionnelle, s'allume; les lochies coulent, et les choses rentrent dans leur état normal en se dégradant peu à peu, au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'instant de la crise et jusqu'à la réapparition des règles.

Le tableau rapide que je viens de tracer de la gestation et de la parturition, l'analyse très-succincte des phénomènes intimes qui les accompagnent, n'ont eu d'autre but que d'exprimer implicitement mon opinion sur leur valeur en tant que causes prédisposantes, et plus encore en tant que causes spéciales. En bonne logique scientifique, peut-on être autorisé à en faire table rase? Poser la question, c'est, ce me semble, la résoudre. Ces phénomènes physiologiques anormaux tiennent, pendant toute leur durée, les femmes dans un état d'imminence morbide. Que sera-ce donc lorsqu'ils se dénouent brusquement au moment où le fœtus se sépare de sa mère. N'y a-t-il pas là, pour celle-ci principalement, et c'est d'elle que je m'occupe ici, une secousse bien autrement importante que le traumatisme anatomique, exagéré du reste, et sur la valeur duquel j'aurai à revenir? Ne conçoit-on pas combien peuvent être légers le poids qui entraînera le plateau de la balance, l'influence qui déviera, dans le sens pathologique, la fonction jusqu'ici physiologique?

J'ai souvent entendu l'un de mes maîtres dans les hôpitaux définir la maladie : une fonction déviée, et je n'ai jamais mieux compris la justesse de cette définition, qu'à propos de la fièvre puerpérale. On peut en effet, dans ce cas, mieux que dans aucun autre, suivre les transformations successives du sain dans le faible, du faible dans le malade, et voir les phénomènes, en rapport d'intensité du reste avec un élément dont il faut tenir compte, la constitution médicale, s'engendrer les uns les autres, de façon à constituer une pathologie spéciale et dont les différentes affections sont, quoi qu'on en dise, spécifiques

En se plaçant à ce point de vue qui me semble véritablement

médical, on se trouve fort à l'aise au milieu du conflit soulevé par la question, quelle que soit la manière dont on la pose.

Qu'il y ait ou non des lésions appréciables, que la maladie soit ou non contagieuse, qu'importe ? Ce sont là des éléments secondaires du problème, et c'est pour avoir voulu les transformer en questions primordiales, pour avoir voulu en faire la pierre angulaire de leurs doctrines, que les médecins se sont divisés en deux camps, dans chacun desquels ils sont mal à l'aise.

La fièvre puerpérale n'existe pas, en tant qu'unité pathologique, disent les anatomistes. A la place de cet être d'imagination créé par des généralisateurs quand même, mettez ici une péritonite, là une métrite, une métro-péritonite, une ovarite, ailleurs une phlébite, affections qu'explique suffisamment l'accouchement traumatisme. Mais dans les cas où vous ne trouvez rien, à quel parti vous résoudrez-vous? Le fait affirmé par plusieurs n'est prouvé par personne, dit M. Luys, et il conteste les trois exemples recueillis par M. Tarnier et publiés dans sa thèse, alléguant que les observations ont été prises par des tiers. Le fait suivant paraîtra-t-il plus concluant ? Je l'espère. Je le tire de la thèse de mon ancien collègue, le docteur Témoin, et je reproduis tout au long les détails d'autopsie, pour ne pas donner prise aux contestations.

Fièvre puerpérale; pas de lésions.

Autopsie. Le ventre est un peu bombé, souple, sonore; à l'ouverture, on voit les intestins un peu distendus, mais sans injection.

Le péritoine ne contient pas de liquide, ni de fausse membrane; pas d'injection.

L'utérus est volumineux et repose sur la fosse iliaque droite : il ne présente pas trace d'inflammation à l'extérieur, non plus que les annexes. Son tissu est mou, se déchire facilement; les parois sont pâles, décolorées, ne contenant pas de pus ni de caillots sanguins dans aucun tissu ni veine. La face interne de l'utérus est rougeâtre,

recouverte par un liquide sanguinolent, n'ayant pas l'aspect purulent.

Les trompes, les ovaires, sont tout à fait exempts d'altération; les vaisseaux du bassin, de l'abdomen, des jambes, contiennent un peu de sang fluide et noir. Les lymphatiques ne sont pas enflammés.

Le foie est volumineux, de consistance normale; coloration naturelle. La vésicule est blanche et aplatie, vide ; pas d'obstruction dans les conduits biliaires.

La rate est ramollie, les reins normaux.

Les intestins ne présentent rien à l'intérieur.

Thorax, cavités pleurales saines; poumons un peu congestionnés, mais sans autre altération ; un peu de sérosité dans le péricarde.

Le cerveau est également sain.

Voilà au moins un exemple probant, et fût-il unique, qu'il suffirait à détruire par la base l'édifice des localisateurs; mais, pour peu que l'on ait eu la triste bonne fortune d'observer quelques épidémies de fièvre puerpérale, on a pu en voir quelques-uns.

L'argument tiré de la non évidence des lésions a une importance tellement capitale, que les adversaires de la fièvre puerpérale s'efforcent de le détruire, en toute conscience du reste, par une fin de non-recevoir. Toujours, disent-ils, il y a une lésion, mais dans les cas comme le précédent, faute de recherches suffisantes, d'investigations assez prolongées, elle passe inaperçue. Oui, à mon sens, il y a toujours une lésion, non pas toujours grossière, tangible, dissécable, comme ils la comprennent; mais répartie partout, présente partout, et bien mieux démontrée par ses réactifs ordinaires, la maladie et la mort, que par les moyens d'investigation les plus précis qu'ait inventés la science moderne.

Qui sera juge, du reste, de la rigueur des recherches? jusqu'où faudra-t-il aller et à quel moment sera-t-il légitime de s'arrêter? Combien de coups de scalpel faudra-t-il donner? Si j'en donne 299, vous me dites de pousser jusqu'à 300; et si j'en donne 10,000,

aurai-je atteint un nombre suffisant? Et quel que soit le soin avec lequel j'opère, ne serez-vous pas autorisé avec grande raison à me dire qu'à moins d'avoir haché menu tous les organes, je ne puis savoir si dans un point de l'économie je n'aurais pas trouvé une goutte, une gouttelette de pus. Cette rigueur anatomique, impraticable même pour ses plus fervents adeptes, démontre, mieux que les meilleurs raisonnements, le peu de solidité de la doctrine.

En dehors de l'exemple incontestable que je rapporte plus haut, la science compte un assez grand nombre de ces cas de sidération dans lesquels les phénomènes, s'exprimant avec leur summum d'intensité, marchent avec assez de rapidité pour que la lésion ne soit attestée que par la mort. «Le pouls bat 130 pulsations, et la femme vous affirme qu'elle va bien, elle demande même à manger; cependant la parole est hésitante, la face pâle, cette femme sera morte ce soir, elle est atteinte de fièvre puerpérale» (Ch. Pajot, leçons orales). Ce sont là, je le veux bien, des cas exceptionnels, mais, encore une fois, l'existence bien authentique d'un seul d'entre eux suffit. Je n'ai jamais, en effet, bien compris l'aphorisme : L'exception confirme la règle.

Mais laissons là ces faits et considérons-les pour un instant comme controuvés. Voyons si, même sur son propre terrain, l'école qui fait dépendre toute la pathologie puerpérale des lésions de l'accouchement est bien solidement assise. La face interne de l'utérus est, par le fait du décollement du placenta, transformée en une plaie saignante, disent-ils. Par le fait du passage du fœtus, le col utérin est contus, déchiré, le vagin distendu, éraillé, la vulve rompue. Que la femme alors soit soumise à des influences morbides particulières, comme celles qui résultent de l'encombrement dans les hôpitaux, ou simplement de la constitution médicale, et comme les blessés, elle sera exposée aux accidents d'inflammation, de résorption purulente, d'infection putride. La plaie utérine est là avec ses orifices vasculaires béants, toute disposée à absorber ses produits morbides. Pourquoi compliquer les choses à plaisir, et faire inter-

venir des inconnues, un *quid divinum,* quand tous les éléments du problème sont évidents, palpables et visibles?

Voilà, dans toute sa puissance, l'argumentation des adversaires de la fièvre puerpérale. Je me suis efforcé de la résumer sans atténuation ; et pourtant, tant il est vrai qu'à de certains égards nous avons tous, plus ou moins, des yeux pour ne point voir, mon esprit n'est point frappé de tout ce traumatisme. Je laisse de côté les déchirures, parce que dans la grande majorité des cas, elles sont loin d'avoir l'importance qu'on leur attribue, et qu'il serait nécessaire de démontrer que les femmes atteintes d'accidents puerpéraux sont précisément celles dont l'accouchement a été laborieux et les parties molles déchirées. Quant à la plaie placentaire, elle n'est pas d'une évidence telle que son existence soit mise hors de contestation par tout le monde.

Immédiatement après l'accouchement, l'utérus, continuant à se contracter, revient peu à peu sur lui-même, sans que le placenta puisse, grâce à sa structure particulière, suivre ce mouvement de rétraction ; de là séparation progressive des surfaces, disjonction, rupture des vaisseaux utéro-placentaires, et enfin chute du placenta. Je ne veux pas chercher, bien que la chose me semble douteuse, si cette division des vaisseaux présente quelque analogie avec les plaies vasculaires traumatiques ; encore bien pourtant ai-je le droit de constater que la rétraction incessante de la masse utérine place les artères et les veines dans des conditions spéciales, sans analogue avec ce que nous voyons dans le traumatisme proprement dit. Cette réserve faite, j'admets sans peine cette lésion vasculaire comme caractère commun aux plaies et à la surface interne de l'utérus ; mais que l'on cherche à pousser le parallèle plus avant, et l'on ne trouvera plus que des dissemblances d'autant plus tranchées que les parties seront examinées dans un temps plus éloigné de la blessure ou de l'accouchement.

La face fœtale de l'utérus est, dans toute son étendue, privée d'épithélium et, mieux encore, de muqueuse, et pourtant il n'y a pas

dénudation, dans le sens ordinaire du mot; le décollement de la membrane interne s'est en effet opéré par un procédé tel que, bien plus encore que le décollement placentaire, il exclut toute idée de traumatisme. « Dès le quatrième mois, cette membrane commence à perdre manifestement les caractères de vitalité énergique qu'elle avait eus jusqu'alors, et son aspect extérieur n'est plus le même; elle s'atrophie, s'amincit, au point de ne plus avoir que 1 millimètre d'épaisseur au septième mois, et moins encore à la fin de la grossesse; en même temps, ses adhérences avec le tissu propre de la matrice se relâchent de plus en plus. Cette muqueuse, qu'on ne pouvait séparer des tissus sous-jacents, en est assez indépendante pour qu'on puisse l'isoler et en séparer des lambeaux assez étendus. Cela, suivant M. Robin, tiendrait surtout à ce qu'à la même époque, commence à se développer, entre elle et le tissu musculaire, une membrane très-mince d'abord, molle, feutrée, homogène, et évidemment de formation nouvelle, etc. » (Cazeaux, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*).

La plus grande partie de la surface utérine est donc, de par l'anatomie et l'observation directe, mise hors de cause.

Quant à la muqueuse utéro-placentaire, elle est entraînée par le placenta, qu'elle concourt à former. Pour ce qui se passe au-dessous de celle-ci pendant les derniers mois de la grossesse et jusqu'à la délivrance, nous sommes réduits aux conjectures, l'observation directe faisant défaut. Je m'abstiendrai de toute hypothèse hasardée, pour m'en tenir à la constatation pure et simple des faits. Après un lavage suffisant, si l'on embrasse d'un seul coup d'œil la face interne d'un utérus récemment débarrassé du produit de la conception, la surface placentaire, criblée et comme aréolaire, ne semble pas, quant au reste, différente de celle que nous venons de voir recouverte d'une muqueuse élémentaire, de formation nouvelle. Nulle part la fibre musculaire ne se montre à nu; partout au contraire elle semble revêtue d'une couche transparente, continue avec elle-même sur tous les points, excepté au niveau des orifices vasculaires. Que si, aban-

donnant les caractères objectifs, nous cherchons à constater l'une quelconque des phases de l'évolution de cette prétendue plaie, nous ne trouverons aucune de celles dont l'existence est nécessaire, indispensable, pour caractériser ce genre de lésion. Qui, en effet, a démontré les phénomènes inflammatoires de la réparation, les bourgeons charnus, la membrane pyogénique, le pus, et, en terme définitif, le tissu cicatriciel? Les lochies, que l'on regarde volontiers comme un liquide purulent, sont-elles donc si évidemment de formation pathologique, et ne pourrait-on soutenir au contraire que, pas plus que les règles ne constituent une hémorrhagie, les lochies ne sont une purulence d'origine inflammatoire? Conceptions *a priori*, dira-t-on. Non; mais déductions logiques tirées de la physiologie de la femme gravide, et jusqu'à démonstration irréfutable de la normalité de cette inflammation utérine, l'accusation pourra être victorieusement renvoyée à ses auteurs.

Reste enfin la phlébite adhésive, dont l'action serait nécessaire à l'occlusion des orifices vasculaires. Est-elle mieux démontrée? Je ne le crois pas. Ici, ne l'oublions pas, nous sommes en pleine physiologie. L'œuf est fécondé, se fixe, se développe, se détache; l'utérus parallèlement augmente de volume, se contracte, expulse le produit de la conception. Jusqu'ici rien d'anormal, tout se passe selon les desseins de la nature et d'une façon prévue. Mais la matrice se rétracte, se débarrasse du délivre. Pourquoi maintenant les choses se passeraient-elles d'une façon plus compliquée; pourquoi faire intervenir, pour si peu que ce soit, une force nouvelle de source pathologique? La nature procède plus simplement, et dans cette dernière période, comme dans la première, se contente des propriétés de tissu et des lois physiologiques, pour arriver à son but.

Voyons en effet ce qui se passe chez l'enfant après la délivrance. Comme celui de la mère, son système vasculaire est ouvert et communique avec l'extérieur, et ce qui est vrai de l'un doit être parfaitement applicable à l'autre.

« Les artères ombilicales deviennent imperméables dès le second jour ; au bout de vingt-quatre heures, elles sont déjà moins volumineuses dans le voisinage de l'anneau, et au bout de trois ou quatre jours, elles sont oblitérées jusqu'à leur réunion aux hypogastriques ; elles se convertissent peu à peu en un cordon fibreux, dont la formation n'exige que trois semaines..... Si l'on examine les artères ombilicales et le canal artériel à mesure qu'ils s'oblitèrent, on verra que peu à peu leurs parois s'épaississent ; cette épaisseur est surtout remarquable pour les artères au niveau de l'ombilic. Il est très-facile de constater cette épaisseur des parois artérielles en les coupant par tranches au niveau du point dont je parle ; on voit cette épaisseur diminuer à mesure qu'on s'approche de leur insertion aux iliaques, et c'est précisément dans ce sens qu'on observe la progression de l'oblitération du tube vasculaire. La contractilité de ces parois doit nécessairement contribuer aussi à cette oblitération.

« L'oblitération de la veine ombilicale ou du canal veineux ne se fait pas de la même manière... Après la section du cordon ombilical, ces vaisseaux ne reçoivent plus de sang, excepté dans les cas où il refluerait par la veine cave, et dès lors leurs parois se rapprochent, deviennent contiguës, ainsi que cela s'observe pour tous les conduits de quelque nature qu'ils soient, dès qu'ils ne sont plus traversés par les liquides qui les parcourent habituellement. » (Cazeaux, *loc. cit.*, p. 257.)

Ainsi la cause première de ces modifications, c'est le changement de direction de la colonne sanguine : phénomène qui s'observe dans la circulation maternelle, aussi bien que dans la circulation du nouveau-né. Si l'on songe en outre que, chez la mère, les parois vasculaires sont formées par toute la masse utérine, ne sera-t-on pas suffisamment autorisé à rejeter toute intervention pathologique dans l'oblitération des vaisseaux, pour s'en tenir exclusivement à la contractilité de ces parois ?

Pour me résumer, la grossesse est une fonction qui aboutit à une crise fonctionnelle, l'accouchement. Le retour à l'état normal se fait

sous la seule influence des forces de l'organisme; tout, en un mot, se passe dans les limites de la santé; et, s'il m'était permis de renvoyer aux adversaires de la fièvre puerpérale une expression dont ils abusent volontiers, je dirais que l'état morbide qui, suivant eux, succède inévitablement à la délivrance est une conception *a priori*, une simple vue de l'esprit, nécessaire, à leur point de vue, pour rendre compte des affections consécutives à l'accouchement.

Est-ce à dire pourtant que l'utérus, dans la pathologie puerpérale, ne joue aucun rôle, et qu'il faille n'en tenir aucun compte? Dieu me garde de professer une pareille idée! ce serait tomber dans une exagération en sens contraire, et séparer sans raison le trouble fonctionnel de l'appareil organique. Il y a entre ces deux termes des connexions tellement intimes, des relations tellement forcées, que l'esprit se refuse à admettre l'intégrité de l'un, en face de l'altération de l'autre.

Pendant tout le temps qu'il renferme le produit de la conception, l'utérus est un centre d'où rayonnent les modifications organiques et fonctionnelles, qui caractérisent la grossesse. Après l'accouchement, et pour peu qu'agisse une influence morbide, il est le centre vers lequel convergent et où s'expriment le plus énergiquement les désordres de la puerpéralité pathologique.

J'ai parlé de ces cas, vraiment foudroyants, où la femme à peine accouchée succombe; et j'ai dit qu'alors la mort devançait la lésion matérielle sensible; j'ai ajouté que c'étaient là des faits exceptionnels. La plupart du temps, en effet, on trouve une lésion, et la lésion la plus commune, c'est sans contredit l'inflammation de l'un des éléments de l'utérus. Il est rare qu'on ne découvre pas, à l'autopsie d'une femme accouchée, les altérations sur lesquelles insiste, avec tant de raison, M. Béhier, et qui sont, dans l'ordre de fréquence, l'inflammation, la suppuration du tissu cellulaire des parties latérales de l'utérus, compris entre les deux feuillets des ligaments larges; la suppuration des sinus; l'inflammation, le ramollissement, la suppuration des ovaires; la métrite, la métro-péritonite, la péritonite, etc.

Cette constance dans le siége des lésions, combinée du reste avec un appareil symptomatique local correspondant, la douleur abdominale, l'empâtement, etc., est la pierre d'achoppement de l'étude de la fièvre puerpérale. On conçoit bien qu'attirée, d'une façon exclusive, par l'affection utérine, l'attention ne se porte pas ailleurs, ou que dans le cas contraire, elle se refuse à chercher ailleurs l'élément principal de la maladie.

Cette préoccupation est logique, du reste, et en rapport avec la physiologie pathologique que je me suis efforcé de combattre. Sous cette influence, l'esprit s'attache tout entier à l'utérus, et, après l'avoir considéré comme point de départ, il le regarde comme aboutissant exclusif de l'état morbide. C'est ce qui explique le rôle considérable que certains observateurs font jouer à la lésion utérine, à ce point qu'elle leur suffit pour tout expliquer, même la mort. Ces altérations cependant sont souvent hors de proportion avec l'intensité de la maladie et avec sa terminaison.

Cette question des rapports réciproques qui existent entre les lésions et l'état général, pour toucher par un point à mon sujet, ne sera pourtant pas autrement traitée ici : la discussion à laquelle je me suis livré m'en dispense suffisamment.

Qu'il me suffise de dire que quelques gouttes de pus dans un sinus pour la fièvre puerpérale, le gonflement des plaques de Peyer pour la fièvre typhoïde, me semblent jouer un rôle très-restreint quant à la terminaison funeste de la maladie.

S'il est vrai cependant que les causes déterminantes discutées plus haut, et résumées par le mot *traumatisme*, soient aussi atténuées que je l'ai montré, il faut bien chercher ailleurs l'origine, le point de départ des affections puerpérales; il faut bien, pour me servir d'une comparaison, renverser la pyramide, l'asseoir sur sa base, et ne plus voir dans les symptômes utérins, dans les lésions utérines, que des déterminations secondaires et locales d'un état plus général.

Je ne crains pas de dire qu'il est absolument impossible d'expli-

quer la mort, dans le typhus puerpéral foudroyant, par la lésion de l'utérus ou de ses annexes, si grave qu'on la suppose. Si en outre, comme je le crois, comme j'en ai rapporté un exemple, il est des cas irréfragables d'autopsie sans lésions perceptibles, il faut renoncer à la doctrine de la localisation, pour voir dans la fièvre puerpérale une maladie *totius substantiæ,* s'exprimant plus ou moins énergiquement, parcourant ses phases, tantôt avec une rapidité foudroyante, et alors tuant toujours; tantôt au contraire se montrant avec une apparence de bénignité, et alors susceptible de guérison.

J'ai dit que la forme maligne tue toujours. Qu'on me permette, à ce propos, de citer l'exemple suivant, curieux à plus d'un titre, et en particulier, parce qu'il montre que l'assertion précédente est exagérée, et qu'en médecine, on n'est jamais autorisé à désespérer.

Fièvre puerpérale, guérison.

X....., âgée de 18 ans, vient accoucher à l'hôpital Saint-Louis; elle est primipare. Pendant tout le cours de sa gestation, les choses se sont régulièrement passées. Sa santé a toujours été bonne, à cela près des dérangements légers qui s'observent ordinairement à cette période de la vie des femmes. Elle vivait, avant son entrée dans le service, au milieu de conditions matérielles suffisantes; mais il n'en est plus de même des conditions morales. La mère l'a vendue ou à peu près, et depuis les débuts de sa grossesse elle a été l'objet de l'animadversion de celle-ci; animadversion qui se traduisait par de fréquentes scènes de violence.

A son entrée dans le service, nous voyons une jeune fille d'apparence frêle, au système musculaire peu développé, pâle, ayant tout l'aspect d'une chlorotique; nous constatons du reste un souffle carotidien très-prononcé. Malgré ses 18 ans, elle paraît en avoir 16.

Elle était régulièrement menstruée.

L'accouchement se fait le 28 septembre 1859, assez rapidement,

et sans accidents d'aucune sorte. Les suites de couches sont normales; un écoulement sanguin léger, puis sanguinolent, s'établit.

1er octobre. Jusqu'à ce jour, la santé de l'accouchée a été bonne. Pas de douleur, pas de fièvre.

Vers deux heures de l'après-midi, frisson violent et prolongé. Le soir, à la visite, nous trouvons la malade dans l'état suivant : le facies est altéré; les yeux cernés, enfoncés dans les orbites; la respiration légèrement anxieuse. Le pouls fréquent, sans grande force; la peau halitueuse. Le ventre médiocrement développé, non douloureux. L'utérus dépasse à peine la symphyse du pubis. La voix est saccadée et tremblante; la langue large, aplatie, blanche, sinueuse sur les bords, grâce aux impressions dentaires.

Vomitif avec ipéca 1 gr. 50, tartre stibié 0,05.

Le 2. Le matin à la visite, même état que la veille. La malade a vomi plusieurs fois. Même aspect saburral de la langue; le facies est toujours altéré.

Vomitif *ut supra*.

Le 3, pas de modification, pas de complication.

Le 4. Pouls à 120, 50 respirations; peau moite et chaude; langue humide, normale; soif; pas de nausées, pas de vomissements; ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression dans la région hypogastrique.

De temps en temps, un peu de toux sèche; râles muqueux en arrière et en bas, surtout à droite; râles sibilants dans le reste de la poitrine; pas de diminution de la sonorité.

La malade n'a pas dormi. Les lochies continuent à couler.

30 sangsues sur la région douloureuse; onctions sur le ventre avec 60 grammes d'onguent napolitain; cataplasmes.

Le 5, 100 pulsations; hoquets fréquents, se continuant parfois pendant une dizaine de minutes, au point de fatiguer beaucoup la malade.

Ventre ballonné, douloureux comme la veille; diarrhée légère.

40 respirations par minute, dyspnée très-fréquente sans expectoration; râles comme la veille à la région postérieure; rêvasseries.

25 sangsues; julep diacode; le reste *ut supra*.

Le 6. Pouls à 136, petit, compressible; chaleur médiocre de la peau; langue humide, blanche; selles fréquentes, diarrhée; ventre moins ballonné, indolent à la pression.

60 respirations; hoquets; toux passagère, sans expectoration; sommeil agité.

Onctions *ut supra;* cataplasmes; extrait d'opium, 0,05.

Le 7. Pouls à 150, faible; ce sont plutôt des ondulations que des pulsations. Langue humide, sans enduit (on l'a nettoyée le matin); soif vive. Selles diarrhéiques fréquentes, ventre ballonné comme la veille, indolent; céphalalgie intense; soubresauts des tendons.

Les pommettes sont rouges, le reste de la face est pâle, et par instants est le siége de contractions convulsives; anxiété extrême, pas de délire.

Le 8. Pouls à 160; peau sèche, brûlante.

60 respirations; même état pour le reste.

Le 9. Même état; on porte un pronostic désespéré.

Le 10. Pouls à 130; peau brûlante et sèche.

45 respirations; oppression moins considérable.

Langue normale, pas de nausées ni vomissements; ballonnement moins considérable. Les muscles de la face ne sont plus le siége de convulsions; celle-ci est pâle, moins anxieuse. Le sommeil a été plus calme. Plus de céphalalgie, de soubresauts des tendons; les lochies sont arrêtées depuis trois jours.

Les 11, 12, 13 et 14. Le pouls continue à être moins fréquent, l'anxiété est moins vive, l'œil prend de la vivacité, la face perd son caractère de souffrance à type abdominal; la malade manifeste le désir de manger; la diarrhée, quoique moins fréquente, continue.

Le 15. Pouls à 120, peau chaude et sèche, 30 respirations; diarrhée plus fréquente, incontinence des matières.

On constate, à la face dorsale de l'avant-bras droit, une rougeur diffuse, siégeant sur un empâtement mal limité.

Le 16, même état.

Le 17. Pouls à 120, 25 respirations ; langue humide, couverte de muguet ; la production cryptogamique couvre également le voile du palais et les amygdales ; diarrhée ; ventre indolent, souple ; l'empâtement a gagné la face dorsale de la main ; à l'avant-bras, on sent de la fluctuation.

Le 18, pouls à 112 ; même état.

Le 19. Pouls à 104, 30 respirations ; l'état de la bouche reste le même ; la fluctuation est manifeste à l'avant-bras ; l'incision donne issue à une quantité notable de pus bien lié.

Tuméfaction œdémateuse au poignet, douleurs spontanées et à la pression au niveau de cette articulation et des articulations métacarpo-phalangiennes.

Le 20. Pouls à 104, régulier, développé ; respiration normale ; chaleur et moiteur à la peau.

On trouve toujours du muguet dans la bouche ; une seule selle diarrhéique.

La nuit a été troublée par une douleur que la malade ressent à la région fessière gauche ; on trouve, en effet, à ce niveau une tumeur manifestement fluctuante ; en même temps, on constate dans la région sacrée une eschare de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

Je m'arrête ici ; il me suffira de dire qu'au 31 décembre la malade était encore dans les salles, faible encore, mais en pleine convalescence, et que depuis elle est sortie de l'hôpital parfaitement guérie.

A partir du 20 octobre, des phénomènes de suppuration se manifestèrent dans diverses régions, à la fesse droite, à la face antérieure de la jambe gauche. Pendant quelque temps, on put, à plusieurs reprises, éprouver des inquiétudes sur la terminaison de la maladie, précisément à cause de ces accidents, qui menaçaient

d'épuiser la malade et de la faire succomber au milieu de l'appareil symptomatique de la fièvre hectique.

Pour ajouter un dernier trait au tableau, j'ajouterai que le gonflement douloureux que j'ai signalé au niveau des articulations radio-carpienne et métacarpo-phalangiennes droites se montra également à gauche.

Le traitement a été indiqué seulement pour les premiers jours; j'ai mieux aimé le résumer ici. Après les deux applications de sangsues, on fit tous les jours sur le ventre des onctions, deux fois dans les vingt-quatre heures, avec 60 grammes d'onguent napolitain, jusqu'à ce que la douleur d'abord, le ballonnement abdominal ensuite, eussent disparu.

Tous les jours aussi, on donna 5 centigr. d'extrait d'opium.

Les toniques furent employés dans la dernière période.

Les complications et les phénomènes accessoires furent traités selon leurs indications respectives.

Telle est l'histoire précise et aussi exacte que possible d'un des cas les plus intéressants qu'il m'ait été donné d'observer pendant les deux années que j'ai passées dans des services d'accouchements.

L'impression qu'en retirera le lecteur sera assurément loin d'être en rapport avec la gravité du fait. A ce point de vue, les observations, si fidèles qu'elles soient, deviennent insuffisantes; à moins d'avoir observé par soi-même, on reste toujours en deçà, à moins que l'on n'aille au delà de la vérité. Ce que ne rend pas en effet le récit le plus consciencieux, c'est l'expression du regard, la dépression profonde des forces, la stupeur, l'habitude extérieure, en un mot; c'est, dans le cas particulier, le cachet de malignité que les plumes les plus déliées sont inhabiles à décrire.

Tout cela, chez notre malade, était si énergiquement exprimé que pour personne la mort ne faisait question. Mon très-honoré

maître M. Hardy, dont l'expérience en matière de maladies puerpérales ne peut être mise en doute, avait porté un pronostic désespéré: M. Depaul, amené dans le service par une opération obstétricale, n'en avait pas auguré d'une façon plus heureuse; pourtant la malade guérit.

C'est là, je le répète, un exemple consolant et qui doit engager le médecin à espérer, même dans les cas en apparence les moins favorables; à entrer dans une voie d'expérimentation thérapeutique prudente, au bout de laquelle il trouvera peut-être une médication qui lui permettra de combattre avantageusement une maladie dont on compte jusqu'à présent de trop nombreuses victimes.

Dans le cas actuel, il est assez difficile de faire la part de la médication. Il n'a rien été fait qui n'ait déjà été essayé nombre de fois: sangsues, onguent napolitain, opium.

La douleur abdominale a pourtant cédé assez rapidement à l'application deux fois répétée des sangsues. Quant à l'onguent napolitain, il a été employé d'une façon continue et à dose relativement élevée. Si c'est à lui qu'est dû le succès, ce serait un fait de plus à ajouter à ceux qu'a cités M. le professeur Velpeau.

Mais c'est un fait isolé, plus éloquent pour ceux qui l'ont observé que pour le public. Je le donne pour ce qu'il vaut, me réservant à part moi d'en prendre bonne note.

Pour moi encore, ce fait a une autre signification, il est la démonstration vivante du caractère de généralité de la fièvre puerpérale. Je n'insiste pas pourtant. La théorie me semble plus victorieusement démontrée par les arguments que j'ai émis plus haut que par les détails de cette observation. Je sais trop combien il est facile d'interpréter les choses de différentes manières en se plaçant à des points de vue différents.

J'ai terminé un travail que je n'ai pas entrepris sans hésitation. J'ai remué en effet des idées à propos desquelles les esprits les plus éminents sont divisés. La conscience de ma faiblesse ne m'a cepen-

dant pas fait défaut ; mais, le dirai-je, cette faiblesse a été précisément la cause déterminante de ma résolution. Grâce à elle, on ne verra pas, dans ces quelques réflexions, la prétention injustifiable de faire la leçon et de disserter sans raison sur la nature des choses, mais simplement le désir de dire, à propos d'une maladie que j'ai eu occasion d'observer fréquemment, comment et de quelle façon j'entends la médecine, de montrer quels sont les fruits de mon instruction médicale. C'est, à tout prendre, une manière de me présenter à cet acte probatoire, plus qu'une autre peut-être, en rapport avec sa signification.

En tout cas, si le mot n'était trop ambitieux pour s'appliquer à pareille œuvre, je dirais : c'est ici un livre de bonne foi ; c'est le résultat de mes réflexions, c'est ma pensée que j'apporte à mes juges, et si, par impossible, je me trouvais, par le fond ou la forme, avoir heurté les opinions d'hommes dont je respecte profondément les lumières, je les supplie de croire que c'est en dehors de toute préméditation.

Cette pensée, du reste, n'est pas née sans germe dans mon esprit ; il n'est pas donné à tout le monde d'être original. Je l'ai puisée dans les enseignements de mes maîtres, et particulièrement dans ceux de MM. G. Bernutz et A. Hardy, que je prie de vouloir bien agréer ici l'expression sincère de mon affectueuse reconnaissance ; je l'ai puisée dans mes lectures et spécialement dans les publications si pleines d'élévation de M. le Dr Pidoux.

Dans le monde intellectuel comme dans le monde physique, on est toujours le fils de quelqu'un.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Des leviers, des propriétés spéciales de chaque genre de leviers; exemples tirés de l'anatomie.

Chimie. — Des carbonates de potasse.

Pharmacie. — De la composition des sucs acides retirés des fruits; par quels procédés obtient-on ces sucs, et comment procède-t-on à leur clarification? De la différence qui existe entre ces sucs avant et après leur clarification; par quels procédés les conserve-t-on?

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des rutacées.

Anatomie. — Des différences de forme et de capacité de la vessie dans les différents sexes; à quoi sont-elles dues?

Physiologie. — Exposer la théorie de l'effort.

Pathologie interne. — Des moyens de reconnaître pendant la vie les divers états anatomiques que les reins peuvent présenter.

Pathologie externe. — Diagnostic différentiel des tumeurs de l'aine.

Pathologie générale. — Des maladies qui peuvent affecter le type intermittent.

Anatomie pathologique. — Des fractures en général (conséquences pratiques).

Accouchements. — Des lésions du périnée produites pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Du traitement thermal contre quelques accidents de la syphilis.

Médecine opératoire. — Du traitement des pseudarthroses.

Médecine légale. — De l'appréciation de l'état mental en des cas de folie générale ou manie.

Hygiène. — Des vapeurs que dégage dans l'air la combustion des matières employées pour le chauffage.

Vu, bon à imprimer.

GAVARRET, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.